UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 24

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CYSTO-ÉPITHÉLIOMES DE L'OVAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Novembre 1934

PAR

Philippe-Aimé CABIBEL

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Mazamet (Tarn), le 21 Février 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur ..... *Juges*

PAPIN, professeur ..... *Juges*

CHARRIER, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0070

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CYSTO-ÉPITHÉLIOMES DE L'OVAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Novembre 1934

PAR

Philippe-Aimé CABIBEL

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Mazamet (Tarn), le 21 Février 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur ..... *Juges*

PAPIN, professeur ..... *Juges*

CHARRIER, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGÈRE
Accouchements	PÉRY.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

En leur offrant ce modeste travail, je voudrais leur prouver ma reconnaissance pour les innombrables preuves d'amour qu'ils n'ont cessé de me prodiguer, depuis toujours.

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE BORDEAUX ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Si, après bien d'autres, nous avons entrepris de traiter des cysto-épithéliomes de l'ovaire — encore appelés kystes végétants de l'ovaire, — c'est qu'il nous a semblé que cette classe de tumeurs si bien connue des gynécologues, l'est bien moins des médecins généraux, non spécialisés. Combien de fois, en effet, au cours de nos investigations faites en vue de rechercher les observations pouvant intéresser notre sujet, n'avons-nous pas vu portés sur la feuille d'entrée des malades les diagnostics les plus divers et les plus faux ; et cela dans des cas la plupart du temps typiques, où un gynécologue, ou même un chirurgien non spécialiste mais ayant tant soit peu l'habitude de pratiquer un examen gynécologique, aurait vu la signature d'un cysto-épithéliome. C'est ainsi que nous relevons, au hasard, les diagnostics suivants, établis par les médecins traitants: hydro-néphrose, péritonite tuberculeuse, fibrome de l'utérus, salpingite, occlusion intestinale, cirrhose épatique.., sans compter les nombreux cas étiquetés kystes mucoïdes ou désimoïdes de l'ovaire.

Quand nous aurons dit que seule, l'intervention précoce peut sauver définitivement la malade atteinte de cysto-épithéliome de l'ovaire, on comprendra le danger d'un faux diagnostic qui, en retardant l'opération, restreint d'autant plus les chances de guérison de la malade, les lésions d'abord purement locales ayant eu le temps de diffuser et de se généraliser.

Nous voudrions que quiconque, après avoir lu ce modeste ouvrage, fut à même de poser ou tout au moins de penser au diagnostic de cysto-épithéliome de l'ovaire, avec comme corollaire l'intervention immédiate, toutes les fois que chez une

malade — en dehors des signes nets de cirrhose hépatique ou d'imprégnation tuberculeuse péritonéale — il trouvera réunis ces trois signes que nous retrouvons bien en évidence dans toutes nos observations, à savoir : amaigrissement progressif, augmentation du volume du ventre et ascite, tumeur abdomino-pelvienne.

Nous prions notre vénéré Maître, M. le Professeur Guyot, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous fait le très grand honneur de bien vouloir la présider, de trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance pour les mille preuves de bienveillante sollicitude, qu'l n'a cessé de nous prodiguer au cours de son enseignement si paternel durant notre passage dans son service à la clinique André-Boursier.

En ce qui concerne la division de notre étude, nous donnerons :

Un aperçu historique de la question ;

Un résumé de la pathogénie et de l'anatomo-pathologie de ces tumeurs ;

Quelques considérations étiologiques;

Nous mettrons en relief les signes permettant d'aboutir à un diagnostic sûr;

Nous dirons enfin comment, actuellement, il faut concevoir le traitement de ces tumeurs et ce que l'on est en droit d'en attendre;

L'exposé de 32 observations, dont 28 inédites, les unes dues à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, les autres à celle de M. le Professeur Bégouin. Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de nos remerciements et de nos respects;

Quelques conclusions.

HISTORIQUE

Les kystes végétants de l'ovaire sont connus depuis déjà longtemps. En 1861, Gusserow traite de la dégénérescence papillomateuse des deux ovaires. Quelques années plus tard, Sébileau étude l'ascite dans les tumeurs de l'appareil génital de la femme. Puis Flaischlen relate plusieurs cas où apparaît nettement la dégénérescence maligne des kystes liquidiens bénins de l'ovaire.

Mais le premier travail d'ensemble, celui qui isole les tumeurs végétantes kystiques des autres néoplasmes ovariens, est celui de Quénu en 1886.

Grundelach, Wacquez et Degardin, dans leurs thèses, font une mise au point de la question. Mais tous ces travaux traitent des tumeurs végétantes en général; on n'y trouve pas encore de délimitation nette entre les tumeurs à point de départ kystique et les tumeurs solides de l'ovaire, sarcomes ou carcinomes. Durant cette époque, un des travaux les plus remarquables est celui de Pfannestiel qui, un des premiers, classe les tumeurs végétantes d'après leur structure microscopique. Péan fait une intéressante clinique sur les tumeurs végétantes propagées au péritoine pelvien. Duret, en 1892, avait fait une communication sur ces tumeurs au Congrès de Bruxelles. Déjà Malassez et de Sinety, puis Poupinel avaient, en 1886, envisagé la généralisation de ces néoplasmes. On note ensuite sur cette même question les travaux de Cazenave, d'Apostolakis et enfin le remarquable mémoire du Professeur Tédénat. Moulouguet et Lecène donnent une excellente étude anatomo-clinique de la question. Puis viennent les statistiques d'Estor et Puech, mais ici encore ces auteurs envisagent indistinctement

les tumeurs kystiques végétantes et les tumeurs malignes de l'ovaire en général, ce qui enlève une partie de leur intérêt à ces travaux.

Dans ces dernières années, Tourneux, Estor, Godlewski et enfin les Professeurs Loubat et Guyot rapportent d'intéressantes observations de cysto-épithéliomes de l'ovaire. Lacassagne démontre la grande radio-sensibilité de l'ovaire et des tumeurs malignes qui s'y développent. Douay, Gosset et Wallon traitent de l'association thérapeutique radium chirurgie et de ses résultats. Enfin, en 1932, paraît la thèse de Teitgen, à Bordeaux, sur le pronostic des cysto-épithéliomes de l'ovaire.

PATHOGENIE. — ANATOMO PATHOLOGIE

Il est logique d'admettre que le point de départ du cysto-épithéliome est un kyste liquide, séreux et benin de l'ovaire; en effet, nombreuses sont les observations où à la biopsie, on trouve un kyste mucoïde commençant en un point de sa paroi à présenter une dégénérescence nette en cysto-épithéliome; nous en rapportons personnellement un cas très net : observation n° 17; dans notre observation n° 30, nous avons également un cas de prolifération secondaire d'un kyste mucoïde précédemment marsupalisé. Les auteurs admettent que les kystes ordinaires de l'ovaire dérivent des restes Wolfiens.

A l'état normal les kystes ovariens sont constitués par une enveloppe conjonctive tapissée à l'extérieur par un épithélium plat, à l'intérieur par un épithélium cubique cylindrique simple ou stratifié. Que ces éléments constituants entrent en activité, qu'ils prolifèrent et végètent, l'on aura ces tumeurs kystiques hérisées de végétations qui ne sont autres que les cysto-épithéliomes. En somme, ce sont ces végétations qui donnent au cysto-épithéliome son individualité propre ; leur aspect est très variable, tantôt isolées, tantôt réunies en choux-fleur, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, sessiles ou pédiculées, lisses ou granuleuses, mamelonnées. Leur surface est irrégulière, le plus souvent dendritique. Leur consistance est très variable, tantôt mollasses, friables, d'aspect encyphaloïde, parfois dures, fibreuses, semblables à des papillomes (1). Ces végétations peuvent n'exister que sur la face interne de la paroikystique, dans ce cas le kyste a l'aspect lisse, uni, bleuté, d'un kyste mucoïde ordinaire ; mais que le kyste se rompe,

1. Thèse Wacquez. Paris 1889-90.

les végétations deviennent alors exokystiques intrapéritonéales. Habituellement, ces deux stades de végétations exkoystiques et endokystiques se rencontrent sur une même tumeur.

On peut donc avoir les diverses modalités suivantes :

1° Kyste à végétations seulement endokystiques (observation 26);

2° Kyste à végétations exokystiques, mais seulement sur un point de la paroi;

3° Tumeur en choux-fleur, avec disparition de la cavité kystique;

4° Tumeur papillaire, superficielle de l'ovaire, avec semis de granulations toutes petites, recouvrant comme du sable fin la surface d l'ovaire. Ici, à l'origine, il doit y avoir un microkyste.

L'examen histologique de ces végétations montre : des axes conjonctifs plus ou moins tenus, portant une seule assise de cellules basses, non sécrétantes, aplaties, parfois cubiques et ciliées ; néanmoins, sur certaines tumeurs, on note de la mucicarminophilie du produit de sécrétion des cellules, mais cette réaction est extra-cellulaire ; jamais on ne trouve de cellules caliciformes. Souvent, on note des calcosphérites ou psammomes (colorables par l'hématéine) dans le stroma des végétations et même parfois dans l'intérieur des tubes épithéliaux néoplasiques, parfois même, quoique exceptionnellement, on trouve des ossifications vraies aux alentours de ces parties calcaires (observation 22) (2). Sur d'autres tumeurs, au contraire, au lieu d'une seule assise de cellules, typiques, sans mitoses nombreuses, on trouve un revêtement épithélial pluristratifié, des cellules à aspect typique, avec de nombreuses mitoses. On doit considérer cette prolifération épithéliale intense comme un signe de malignité.

Quant à leur aspect extérieure et à leur volume, les cystoépithéliomes sont essentiellement variables. C'est ainsi que, dans notre observation n° 20, nous relevons une tumeur de 13 kilos.

2. Lecène et Moulonguet, *Diagnostic anatomo-clinique*, p. 244 à 261.

Mais les cysto-épithéliomes manifestent leur action néfaste, en dehors de leur présence, par la production d'une ascite et aussi par la propagation des végétations de proche en proche ou par la généralisation du néoplasme.

Etudions cette ascite : c'est un des signes les plus fréquents de ces tumeurs (en effet, sur nos 32 observations, nous la retrouvons dans 28 cas). Sa pathogénie est discutée ; elle n'est pas forcément l'indice d'une métastase péritonéale, puisque nous la trouvons dans de nombreux cas où cette séreuse est indemne de toute infiltration et de toute greffe néoplasique. Il semble qu'elle soit due à l'irritation chronique du péritoine du fait de la tumeur ou même plus exactement des végétations néoplasiques. En effet, dans nos 4 observations où l'ascite est absente, il s'agit de kystes à végétations essentiellement intra-kystiques.

Cette ascite est dans la majorité des cas séro-fibrineuse. Néanmoins, l'ascite sanglante est loin d'être une rareté (nous en relevons 9 cas, contre 19 cas d'ascite séro-fibrineuse). Pour les auteurs, ce caractère sanglant de l'ascite serait le témoignage d'une plus grande malignité du fait de la tumeur. Il semble qu'en règle générale, on puisse le considérer comme tel, sans que toutefois il faille lui donner une valeur absolue, et aller comme le proposaient quelques auteurs, voici une trentaine d'années, jusqu'à s'abstenir d'intervenir si l'on constatait une ascite sanglante. Ce caractère hématique de l'hydropisie péritonéale prouve seulement que les végétations kystiques saignent facilement; peut-être n'y faudrait-il voir qu'une tendance particulière à saigner de ces végétations et s'abstenir de vouloir y voir un caractère de plus grande malignité. Néanmoins nous n'irons pas jusque-là et considèrerons avec les classiques l'ascite hématique comme un signe de plus grande activité du néoplasme.

Grundelach, dans sa thèse, cite le cas d'une malade atteinte de cysto-épithéliome, vérifié par biopsie après intervention, et dont l'ascite était alternativement citrine et sanglante, sans

qu'il y ait eu faute pendant la thoracentèse; ce cas viendrait corroborer l'hypothèse que nous émettions plus haut.

Lorsque l'ascite est séro-fibrineuse, elle est citrine, filante, onctueuse, moins fluide que l'ascite de la péritonite tuberculeuse.

Taux d'albumine élevé jusqu'à 60 gr. par litre.

Foulis, d'Edimbourg, y a trouvé des masses épithéliales dont les cellules ressemblent à celles qui revêtent les jeunes kystes de l'ovaire. Ces cellules seraient analogues à celles trouvées par Drysdale et par Bennett.

Quant à la propagation aux organes voisins ou à la généralisation à distance du néoplasme, on peut dire avec Poupinel qu'elle est infiniment plus fréquente lorsque la tumeur présente des végétations exokystiques, revêtues par des cellules pluristratifiées avec mitoses nombreuses et atypiques.

Il semble qu'il ne puisse pas y avoir de propagation de la tumeur, s'il n'y a pas de végétations exokystiques.

En somme, voici comment on pourrait expliquer l'évolution d'un kyste végétant et sa propagation aux organes voisins.

Restes Wolfiens — kyste ovarique — végétations endokystiques — rupture du kyste et végétations exokystiques intrapéritonéales — véritable cancer végétant du petit bassin — propagation à vessie, utérus, rectum, intestin, estomac, ganglions.

Histologiquement, les métastases des tumeurs végétantes sont dures et ne donnent pas l'impression de plaques de blindages des métastases cancéreuses.

ETIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs végétantes de l'ovaire, comme celles des tumeurs kystiques du même organe n'est encore qu'imparfaitement connue.

Le début de la maladie est difficile à préciser, car la tumeur ne s'accuse par des symptômes bien nets que lorsque son volume est déjà assez considérable.

Dans nos observation, où l'âge est mentionné sur 30 tumeurs végétantes de l'ovaire, nous en trouvons 2 de 15 à 20 ans ; 2 de 20 à 30 ; 6 de 30 à 45, et 20 de 45 à 70 ans et au delà. Nos statistiques sont d'ailleurs en accord avec celles publiées précédemment. Le maximum de fréquence de ces tumeurs se rencontre entre 45 et 60 ans.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale, un seul cas de cysto-épithéliome avant la puberté.

Au point de vue fréquence, il est difficile d'en donner des chiffres précis : mais nous pensons que le rapport entre les cysto-épithéliomes et les kystes de l'ovaire doit être environ de 1/20.

Quant à la bilatéralité des cysto-épithéliomes, considérée par les auteurs comme semblant être de règle, si nous nous en rapportons à nos observations nous voyons qu'elle est plutôt l'exception. Sur 25 ovariotomies mentionnées dans nos observations nous ne trouvons que 5 ovariotomies bilatérales pour un double cysto-épithéliome de l'ovaire.

SYMPTOMATOLOGIE, EVOLUTION ET PRONOSTIC

Au début, le cysto-épithéliome passe totalement inaperçu: tout au plus pourrait-il se signaler par des phénomènes d'irritation, de congestion et d'inflammation de l'ovaire (sensation de poids, d'élancement dans le bas-ventre, aux aînes, irradiées aux membres inférieurs). Dans certains cas, on note de la dysmenorrhée (métrorrhagie ou, au contraire, cessation des règles, parfois seulement un simple retard), un peu de constipation.

Mais dans la grande majorité des cas, ces signes manquent ou n'attirent pas l'attention de la malade. Ce qui, au contraire, la frappe et la pousse à aller voir le médecin, c'est l'amaigrissement et surtout l'augmentation progressive du volume de l'abdomen. Nous avons trouvé ces deux signes dans toutes nos observations ; amaigrissement, ventre volumineux avec ascite et tumeur annexielle, sont des signes indispensables, mais suffisants pour imposer le diagnostic de cysto-épithéliome. On ne saurait trop insister sur leur importance.

L'amaigrissement, accompagné souvent de troubles digestifs (anorexie, pesanteur post-prandiale, diarrhée, coliques), est progressif et souvent très prononcé : jusqu'à 10 et 15 kilos en l'espace de 3 à 6 mois. Il est d'autant plus frappant qu'il contraste avec un ventre énorme ; la malade ressemble, dans les cas extrêmes, à une araignée.

En effet, l'augmentation du volume du ventre est le signe le plus frappant ; il est progressif et continu. Le ventre est tantôt saillant en avant, en obusier, tantôt, au contraire, il présente ce que l'on appelle en clinique la forme de « ventre en **batracien** ». La peau est plus ou moins tendue, sèche, luisante, blafarde, vergéturée. On note parfois dans les flancs

une circulation veineuse complémentaire. L'extrême tension abdominale rend parfois toute exploration manuelle difficile sinon impossible et on ne peut repérer la tumeur; on devra alors faire une thoracentèse avant tout examen. En effet l'ascite est un symptôme que l'on rencontre à peu près toujours et qui a une grande valeur diagnostique.

Cette ascite, dès qu'elle est tant soit peu abondante, se décèle facilement à l'examen : ventre de batracien, déroulement en doigt de gant ou seulement saillie de la cicatrice ombilicale, matité dans les flancs donnant une courbe concave vers l'épigastre, déplacement de cette matité qui accompagne les changements de position du malade, signe du glaçon, sensation de flot.., en général la plupart de ces signes sont positifs et le diagnostic d'ascite, libre et mobile, s'impose ; à la rigueur, dans les cas douteux, le résultat d'une ponction enlèverait évidemment tout doute.

Donc, l'exploration manuelle abdominale étant ou ayant été rendue possible par thoracentèse, qu'allons-nous trouver. Disons tout d'abord que la palpation profonde abdominale est en général indolente et très bien acceptée des malades.

Si la tumeur est petite, encore pelvienne, on peut ne sentir qu'une vague résistance au doigt due à une masse plus ou moins rénittente, mobile ou fixée, distincte de l'utérus. Lorsqu'au contraire, la tumeur a acquis un certain développement, que de pelvienne elle est devenue abdominale, il est très facile par la palpation profonde de l'atteindre, d'en délimiter les contours, d'en apprécier la consistance, la fixité et les adhérences notamment au corps utérin. A la percussion, la tumeur est en général mate.

Il ne faudra jamais oublier de pratiquer le toucher vaginal en position gynécologique. On verra alors si le vagin a conservé toute sa souplesse, si au contraire il est infiltré, si sa lumière est obstruée par la tumeur. On notera la position du col et son déplacement. On examinera les culs-de-sac systématiquement: souvent ils bomberont dans le vagin du fait de l'ascite. Dans le cul-de-sac correspondant au côté de la tumeur,

on arrivera souvent à sentir cette dernière, avec les mêmes caractères qu'on a déjà déterminés au palper abdominal. Il faudra alors par le palper combiné au toucher, s'assurer que les mouvements communiqués par la main qui palpe à la tumeur se transmettent bien à la grosseur qui bombe dans le cul-de-sac et que, la plupart du temps, ils ne mobilisent pas le col de l'utérus. On terminera par le toucher rectal, qui parfois, plus encore que le toucher vaginal, permet d'atteindre la tumeur.

Outre ces signes, dûs directement à l'existence de la tumeur, quel que soit son volume, il en existe d'autres qui traduisent simplement l'existence d'une tension intra-abdominale exagérée ; c'est ainsi que l'on note parfois de l'angoisse, des palpitations, de la dyspnée, par compression du cœur et des poumons, des vomissements (irritation de l'estomac qui est, lui aussi, comprimé); parfois de l'anurie réflexe par compression des uretères, et aussi de l'œdème des membres inférieurs.

Voyons maintenant quelle va être l'évolution de la tumeur. Cette évolution est parfois très lente : 23 ans (?) dans une de nos observations.

L'état général peut rester satisfaisant pendant longtemps : l'ascite n'implique pas forcément la généralisation de la tumeur, mais indique simplement qu'elle est imminente.

Mais si l'on n'intervient pas, l'état général empire, décline rapidement, et c'est la mort, soit par cachexie cancéreuse, soit par complication intercurrente (métastase cancéreuse ou complication de quelle sorte que ce soit due à l'affaiblissement de l'organisme, qui sidéré par le néoplasme, ne se défend plus).

En somme, il semble que si, au début, la marche de la maladie est très lente, elle s'accélère brusquement sans doute du fait que les végétations ayant fait irruption dans le péritoine, la généralisation se produit ; la mort n'est plus alors qu'une question de mois. Citons le cas de cette malade qui, depuis près de dix ans, fréquentait les salles de médecine de Saint-André. On la ponctionnait de temps à autre pour une ascite hémorragique liée à un cysto-épithéliome de l'ovaire déclaré

inextirpable en 1915. On a retiré à cette malade plus de 100 litres de liquide ascitique et pourtant l'état général demeurait satisfaisant (Loubat, *Gaz. Hebd. S. C. Méd. Bordeaux*, 1925, p. 572).

Ces tumeurs ne régressent pas. On observe, au contraire, une tendance nette à la dissémination par greffes sur les organes du petit bassin, d'où un véritable « cancer végétant du petit bassin ». Ces greffes peuvent parfois regresser spontanément et guérir : sur un même organe atteint, on voit parfois des greffes actives à côté d'éléments morts contenant des amas calcifiés.

Cette tendance à se multiplier par greffes et à se disséminer sur les surfaces péritonéales et sur les organes même éloignés est, avec l'ascite, un des caractères les plus importants du cysto-épithéliome. Dans nos observations, nous rapportons de nombreux cas de métastases néoplasiques sur les organes les plus divers ; à savoir : ganglions inguinaux utérus, vessie, vagin, rectum, péritoine, épiploon, sigmoïde, intestin grêle, ombilic, estomac.

Ces tumeurs peuvent, après ablation, récidiver (obs. 19).

De plus, ces tumeurs végétantes peuvent se compliquer d'infection. Le contenu du kyste devient purulent, l'évolution est alors fébrile (voir obs. 24).

D'après tout ce qui précède, on comprend que l'on doive, en présence d'un cysto-épithéliome de l'ovaire, porter un pronostic grave sinon fatal à moins d'une intervention tempestive.

Quels sont les éléments de gravité du pronostic? Ce sera, tout d'abord, le caractère hématique de l'ascite, qui traduit pour le moins une activité assez grande de la tumeur ; ce sera aussi la nature histologique des végétations néoplasiques : cellules polystratifiées, mitoses nombreuses, atypiques, tendant à former des masses adénomateuses et carcinomateuses, ce qui fait prévoir une évolution accélérée et leur donne un caractère malin qui doit faire porter un pronostic des plus sombres ; enfin et surtout, le pronostic dépend du moment où a été faite l'intervention ; nous y reviendrons à propos du traitement.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous serons très bref; car, vouloir entrer dans les détails équivaudrait à passer en revue toutes les lésions chirurgicales abdomino-pelviennes qui, toutes, peuvent s'accompagner de tumeur.

— Le diagnostic d'avec une cirrhose hépatique, malgré la présence d'ascite doit être écarté facilement, pour peu que l'examen pratiqué soit attentif et complet.

— La péritonite tuberculeuse à forme ascitique ne nous arrêtera pas bien longtemps; la fièvre, la découverte d'une imprégnation tuberculeuse d'un autre organe (pleurésie concommittente), les phénomènes intestinaux préalables, l'examen du liquide ascitique (Bk), la sensibilité à la pression, les « cris intestinaux de Guéneau de Mussy » à la palpation et enfin l'absence d'une masse pelvienne après thoracentèse, permettent de faire le diagnostic.

— Les kystes dermoïdes de l'ovaire ne s'accompagnent presqu. jamais d'ascite, très durs à la palpation, on arrive parfois à sentir leur contenu. Pas d'amaigrissement. Evolution très lente avec, parfois, poussées aiguës.

— Le sarcome de l'ovaire est une rareté. Son développement est très rapide. L'ascite hématique est précoce. Diagnostic impossible sans laparotomie exploratrice.

— Les tumeurs polykystiques peuvent, quoique rarement, s'accompagner d'ascite. Un certain nombre de manœuvres ont été préconisées pour aboutir au diagnostic, notamment la double fluctuation de Barnes : en frappant légèrement l'abdomen, on voit et on sent une ondulation qui court à sa surface ; si l'on presse plus fort et plus brusquement par un choc vif sur un autre point du ventre, on sent une fluctuation plus profonde, celle de la tumeur. Mais ici, la marche est lente; la généralisation à l'abdomen et la cachexie sont surtout l'apanage des cysto-épithéliomes.

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années, le seul traitement des cysto-épithéliomes était l'intervention chirurgicale, sitôt le diagnostic posé, sauf dans les cas où un état général par trop précaire où une métastase indiscutable rendait inutile et dangereuse l'opération. Aujourd'hui, à ce traitement s'en ajoute un autre, à savoir la radiothérapie ou la curiéthérapie post-opératoire.

1° Traitement chirurgical. — Existe-t-il des contre-indications ? Il y a quelques années on n'opérait pas lorsque l'état général était par trop mauvais, lorsque l'ascite était sanglante, lorsqu'enfin on avait la certitude de la généralisation du néoplasme au péritoine.

Aujourd'hui, on envisage la question tout autrement, et il semble que la seule contre-indication vraie soit une malade intercurrente, indépendante de l'existence du cysto-épithéliome, et qui ne laisserait à l'intervention aucune chance de succès, en provoquant la mort de la malade sitôt l'intervention. En effet, avec notre Maître, le Professeur Bégouin, nous formulerons les propositions suivantes: « En matière de cysto-épithéliome, les ensemencements péritonéaux de végétations néoplasiques, même avec diagnostic histologique d'épithélioma, peuvent, dans bien des cas, permettre une survie opératoire de plusieurs années. » — « La cachexie clinique des femmes porteuses de grosses tumeurs ovariennes ne contre-indique pas l'intervention. » Tenant lieu de toutes ces opinions nous concluons que plus le pronostic est mauvais du chef des complications alléguées, plus il devient certain que l'intervention est la seule planche de salut et avec Sébileau nous disons: : « A toute malade qui porte un épanchement péritonéal et une tumeur de l'abdomen en dehors des cas avancés de ca-

chexie rendant la mort imminente, l'on peut et l'on doit ouvrir le ventre ».

Donc, en dehors des cas de mort imminente indiscutable, on doit faire une laparotomie exploratrice, pour se rendre compte de visu de l'étendue de la tumeur ; cette petite opération, réduite à l'état de simple incision, n'offre que peu de dangers et peut même être utile, tel le cas de notre observation n° 32, ou une malade ayant subi deux laparotomies exploratrices premier temps d'une intervention jugée de visu inutile à cause de lésions trop avancées, et après plus de cent ponctions, et ceci en l'espace de deux ans, enfin put être opérée par le Professeur Loubat et cela avec succès et guérison durable. Cette observation prouve que les conditions d'opérabilité peuvent se modifier dans un sens heureux, après une ou deux opérations purement exploratrices et qu'il faut essayer de guérir la malade toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication absolue liée par la généralisation de la tumeur (Loubat).

L'incision exploratrice, dictant l'opération au chirurgien. doit être et est aujourd'hui admise.

Le ventre étant ouvert, plusieurs cas s'offrent à l'opérateur.

Ou bien la tumeur, encore circonscrite, est extirpable entièrement, ce qui est le cas le plus favorable et qui donne les plus longues survies;

Ou bien la tumeur de par des adhérences néoplasiques intimes avec d'autres organes ne peut être enlevée que partiellement. Dans ce cas, on doit enlever la plus grand partie possible du néoplasme. On est en droit d'espérer que les végétations laissées dans le péritoine et sur les organes regresseront soit spontanément, soit du fait de la radiumthérapie post-opératoire. Dans quelque cas, cette extirpation partielle peut suffire et parfois même, quoique très rarement, l'ascite ne se reproduit plus;

Ou bien, la tumeur ayant essaimé dans tout le pelvis et même dans les organes abdominaux, il est impossible de tenter chirurgicalement de l'enlever. Dans ce cas, on se conten-

tera de refermer et on enverra la malade dans un centre de radiumthérapie. Il est encore permis d'espérer que, plus tard, les circonstances étant plus favorables, l'opération deviendra possible comme dans notre observation 32.

Il ne faut néanmoins pas méconnaître le pronostic très sombre de cas semblables.

Quant à la ponction évacuatrice considérée comme moyen thérapeutique, elle est inutile et dangereuse : en effet, véritable saignée, elle entraîne un épuisement continu et rapide de la malade. Nous ne l'admettons que dans un seul cas, à savoir quand la pression intra-abdominale qu'elle entraîne est telle que le cœur et les poumons étant comprimés, il s'ensuit une asphyxie imminente ou une angoisse extrême faisant redouter une syncope mortelle. Mais, même dans ce cas, la ponction ne fait que reculer une issue fatale.

Certains auteurs ont préconisé l'exérèse des deux ovaires per prima, disant que l'autre ovaire est généralement atteint. Nos recherches personnelles font que nous ne nous rangeons pas à cette opinion, puisque sur 28 observations nous trouvons 19 cas où le second ovaire était absolument sain.

Donc, pour résumer ce chapitre du traitement chirurgical, nous concluerons : opération la plus précoce possible. Ablation totale du néoplasme quand c'est possible, sinon extirpatin partielle la plus large, qui parfois peut suffire. L'évolution étant dans certains cas très lente et la malignité purement locale pendant longtemps, le chirurgien peut, pendant longtemps, faire une opération à prétention radicale et suivie de guérison sinon définitive, tout au moins prolongée. Nous ne saurions trop insister sur ce fait : la chirurgie peut beaucoup.

2° Voyons ce qu'on peut attendre du traitement associé radio ou radium-chirurgie .

Tout d'abord, la radiothérapie profonde pré-opératoire peut venir à l'aide du chirurgien en facilitant l'exérèse, en créant des plans de clivage (Bouchecourt). Après l'opération, surtout lorsque l'on n'a pu enlever toute la tumeur, elle diminue les risques de récidive. Mais d'après Douay, il faudrait pour

avoir de bons résultats utiliser la radiothérapie profonde correspondant à une tension de 200.000 k. volts, à la dose de 15.000. R. Gosset et Wallon rapportent une observation de cysto-épithéliome à évolution maligne, qui, malgré une exérèse incomplète reste guérie depuis 5 ans grâce à un traitement complémentaire par le radium. La technique de ces auteurs consiste, lors de l'intervention, à laisser en place dans la cavité pelvienne, de gros drains restant en contact des zones envahies. Quelques jours après, des sondes chargées de radium sont introduites dans les drains et poussées à fond. Chaque jour, les sondes sont enlevées et on pratique l'aspiration par les drains. La curiéthérapie est prolongée une semaine environ. En dehors de ce cas, les auteurs rapportent un certain nombre d'observations où la guérison a été obtenue par la même méthode.

Le docteur Magendi, ancien chef de clinique de la Faculté de Bordeaux, rapporte le cas d'une femme opérée par lui-même il y a trois ans d'un cysto-épithéliome avec ascite sanglante et greffes péritonéales. Ablation partielle de la tumeur. Radiumthérapie par le docteur Lachapelle. Cette femme, depuis trois ans, voit sa guérison se maintenir.

Néanmoins pour de nombreux auteurs la curiéthérapie postopératoire serait inopérante, donc inutile. Nous ne saurions partager une pareille opinion.

Et nous terminerons cette étude du traitement d'une affection au pronostic si sombre, en disant qu' « *en matière de cysto-épithéliome de l'ovaire, l'homme peut beaucoup plus qu'il ne croit.* »

OBSERVATIONS

Observation I

Cysto-épithéliome de l'ovaire gauche sans ascite. Ovariotomie. Guérison se maintenant depuis plus de 8 ans (Service de M. le Professeur Guyot, Clinique André-Boursier), inédite, personnelle.

Mme S.., 43 ans. Entre, le 10 octobre 1925, dans le service du Professeur Guyot, parce qu'elle souffre du ventre et présente une tumeur abdominale.

Aucun antécédent pathologique.

Ménopausée à 41 ans, sauf quelques pertes hydrorrhéiques, dans les mois qui ont suivi la cessation des règles, cette malade n'a eu aucun trouble ménopausique.

Mais depuis cette époque, donc depuis deux ans, présence d'une grosseur au niveau du bas-ventre. Cette grosseur augmentant de volume régulièrement, la malade vient consulter le Professeur Guyot.

Conservation d'un bon état général.

Pas d'amaigrissement.

Appétit conservé.

La malade se plaint seulement de quelques palpitations et d'un peu d'angoisse dans le décubitus dorsal, depuis quelques mois douleurs dans le bas-ventre, vagues, non irradiées, n'empêchant pas la malade de vaquer à ses occupations; douleurs vives dans la région fessière, douleurs augmentées par station assise.

Examen. — Bon état général. Pas d'amaigrissement. Augmentation notable du volume de l'abdomen.

A la palpation, qui est partout indolente, on délimite une volumineuse tumeur médiane qui plonge dans le petit bassin et remonte presque à l'ombilic ; tumeur dure, un peu irrégulière, bosselée, indolente, laissant libre la partie latérale droite de l'abdomen.

Aucun signe d'ascite : pas de matité dans les flancs, même dans le décubitus latéral.

Au toucher vaginal : col plaqué contre la symphyse pubienne. Tout le vagin est occupé par une masse dure, assez irrégulière, qui en modifie la topographie normale. Cloison recto-vaginale décollée. Par le palper combiné au toucher, on constate que quand on mobilise tumeur abdominale de haut en bas, le col semble l'accompagner dans ses mouvements. La palpation de la tumeur montre en certains points une dureté très nette, en d'autres presque de la renittence.

Autres appareils : rien à signaler.

Opérée le 23 octobre 1925. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Pas d'ascite. Tumeur volumineuse, végétante, bien délimitée, n'adhérant à aucun des organes voisins. Extirpation facile et totale. Ovariotomie unilatérale gauche.

Suites normales.

Biopsie. (Dubreuil). Tumeur formée de végétations fines, nombreuses et enchevêtrées, revêtues de deux ou plusieurs assises de cellules irrégulières, allongées et globuleuses. En certains points, les cellules néoplasiques sont disposées en franges et quelques-unes détachées, tombées dans les espaces vides interpapillaires y forment des amas globuleux tout à fait caractéristiques.

Donc cysto-épithéliome de l'ovaire gauche.

Sortie guérie le 8 janvier 1926.

Cette malade a été revue et examinée en janvier 1934, soit huit ans après, complètement guérie.

Observation II

Cysto-épithéliome de l'ovaire gauche avec fibrome. Evolution maligne, greffes néoplasiques péritonéales, vésicales et vaginales. Castration palliative. Mort probable. (Hôpital André-Boursier, due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot), inédite, personnelle.

M^me^ B..., 57 ans. Entre dans le Service du Professeur Guyot le 24 juillet 1925, pour pertes rosées.

Ménopausée à 55 ans. Depuis 2 ans, la malade a quelques pertes rosées, peu abondantes, irrégulières, plus particulièrement le matin, sans odeur.

Appétit conservé. Bon état général, pas d'amaigrissement pas de douleurs.

A l'examen tumeur abdominale de forme allongée, occupant région hypogastrique et fosse iliaque gauche ; non dou-

loureuse, bosselée, plongeant dans le petit bassin. Ascite, mais en petite quantité.

Au toucher vaginal, col, dur, légèrement antefléchi. Orifice normal. Petites nodosités recouvrant le col. Corps utérin augmente de volume en totalité.

Par le toucher combiné au palper, on s'aperçoit que le col suit les mouvements imprimés à la tumeur et inversement.

Culs-de-sac : gauche, rien ; à droite, masse arrondie, dure, très probablement fibrome.

Cul-de-sac antérieur: masse fibromateuse. Post.: rien.

Au speculum : col petit, un peu congestionné, petites nodosités.

Hystérométrie : 5 cm.

Opération le 25 juillet 1929 (Professeur Guyot). Dès l'ouverture de la paroi on tombe sur un péritoine truffé de masses néoplasiques, surtout au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. On fait une hystérectomie palliative ; on laisse au niveau du cul-de-sac vésico-utérin des masses néoplasiques adhérentes à la vessie. Ascite sanguinolente. Mickulicz.

Suites opérations. Mickulicz enlevé le 12 août. Malade paraît très fatiguée ; pansements très souillés et pertes de sang. Le 15, amélioration ; on met un gros drain n° 15 non perforé. Par la plaie s'écoule un liquide noirâtre, parfois grumeleux, toujours très fétide.

Quelques jours après, la malade rentre chez elle. Etat général assez mauvais. Mort probable.

Biopsie de la tumeur. Il s'agit bien d'un cysto-épithéliome végétant à évolution maligne. Les cellules se présentent sous formes d'amas pluristratifiés assez compacts. Il y a des ébauches de cavités où s'accumule le résidu de la tumeur. Les cellules sont cylindriques, polymorphisme très net, mitoses nombreuses ; beaucoup de tubes pleins. Masses néoplasiques très envahissantes (Sabrazès).

Observation III

(Inédite)

Cysto-épithéliome végétant à allure maligne. Envahissement de tout le petit bassin. Ulcération vaginale de même nature. Laparotomie exploratrice inopérable. Mort probable. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

M^me^ P. M..., 61 ans, entre le 8 mai 1925 à la clinique parce qu'elle souffre du bas-ventre et qu'elle a remarqué une grosseur dans sa fosse iliaque droite.

Aucun antécédent pathologique jusqu'à 42 ans.

A 42 ans, ménopause qui s'accompagne de quelques troubles généraux qui ne persistent pas.

Il y a trois ans, la malade éprouve quelques malaises et une gêne du côté droit. Elle rentre dans le Service de M. le Professeur Bégouin qui, ayant constaté une tumeur de la grosseur d'une orange, conseille d'intervenir. La malade n'ayant pas accepté l'opération revient chez elle.

Depuis lors, augmentation progressive du volume de cette masse. Sensation douloureuse dans le côté droit, à prédominance nocturne, s'irradiant vers les cuisses et les jambes, douleurs que la malade compare à des douleurs sciatiques ou rhumatismales.

Constipation opiniâtre. Légère pollakiurie nocturne. Un peu de dysurie. Amaigrissement sensible. Malaises de plus en plus tenaces et accentués.

Entre à André-Boursier le 8 mai 1925, soit trois ans après le début probable de la maladie.

Le Professeur Guyot constate alors une tumeur dans l'hypochondre droit, fixée, rénittente, avec ascite. On porte le diagnostic de cysto-épithéliome probable.

De plus, cette femme présente une tumeur vulvaire ulcérée avec adénopathie inguinale.

Opération. Après une laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur un énorme cysto-épithéliome de l'ovaire droit, avec ascite sanglante. On constate, en outre, un envahissement néplasique de tout le petit bassin et du péritoine antérieur. Biopsie. On se contente de refermer sous fils métalliques en trois plans.

Examen anatomo-pathologique (Dubreuilh). Il semble que les lésions du péritoine et du vagin soient de même nature que la tumeur ovarienne, à savoir un épithéliome végétant à allure maligne.

Observation IV

Cysto-épithéliome de l'ovaire droit. Greffes péritonéales. Infiltration de la paroi recto-vaginale. Adhérences intimes avec tous les organes pelviens. Ovariotomie suivie d'un traitement par les R. X. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot), inédite, personnelle.

Mme C. A..., 52 ans, cultivatrice. Entre à la Clinique André-Boursier le 15 janvier 1932 pour fibrome de l'utérus.

Ménopausée il y a quatre ans. Antérieurement, aucun antécédent pathologique.

Il y a trois mois, la malade constate l'augmentation du volume de son abdomen, avec sensation de gêne à l'occasion du moindre mouvement. Anorexie. Troubles digestifs. Pas de métrorragies.

Pas de pertes. Etat général légèrement touché.

Examen. — Abdomen augmente de volume. Un peu d'ascite. Circulation veineuse collatérale dans les flancs.

Dans la fosse iliaque droite et dans région péri-ombilicale, on trouve une tumeur du volume d'une orange, mobile, douloureuse, paraissant s'insérer dans le petit bassin, donnant le signe du glaçon. Utérus rétro-fléchi, fixé dans le Douglas.

Cul-de-sac postérieur rempli par masse dure, bosselée.

Dans le cul-de-sac droit, grosse masse dont les mouvements se transmettent au col, mais seulement dans les mouvements de grande envergure.

On porte le diagnostic de tumeurs malignes des 2 ovaires, peut-être tumeurs de Krukenberg (cela à cause des troubles gastriques présentés par la malade depuis trois mois).

Opération le 16 janvier 1932. Ascite hématique: 2 litres, que l'on évacue par une petite incision sous-ombilicale. On agrandit l'incision et on tombe sur tumeur bosselée, irrégulière ; à sa surface on trouve le cœcum et l'appendice très adhérents. La tumeur adhère aussi à vessie. On enlève les greffes néoplasiques se trouvant sur le péritoine vésical. Infiltration de la paroi recto-vaginale, laquelle adhère intimement à tumeur. Les annexes gauches sont saines. On enlève la tumeur le plus complètement possible.

Malade transportée au Centre Bergonié pour traitement par R. X.

Biopsie (Dubreuil). Ascite. Nombreuses hématies; quelques leucocytes; absence de germes.

Tumeur cysto-épithéliome de l'ovaire.

Observation V

(Inédite, personnelle)

Cysto-épithéliome de l'ovaire chez une jeune fille de 19 *ans. Symptomatologie bruyante : douleurs aiguës, vomissements, ovariotomie, guérison.* (*Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot*).

M^lle^ Y. D.., 19 ans, entre à André-Boursier, envoyée par son médecin pour tuméfaction abdominale.

Antécédents personnels, collatéraux et héréditaires charges: bacillose.

Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'en janvier 1925, c'est-à-dire jusqu'à il y a trois mois. A partir de cette époque, à l'occasion des règles, qui, d'ailleurs, reviennent tous les 15 jours, la malade fait des caillots noirâtres.

Le 20 mars, dans le flanc gauche, apparition de douleurs aiguës, lancinantes, continuelles, qui deviennent si violentes durant la nuit suivante qu'elles empêchent tout sommeil.

Le surlendemain, à quatre reprises, vomissements alimentaires puis bilieux. Le médecin appelé pense à de la « congestion rénale » et ordonne tisanes et cataplasmes sur région lombaire.

Le 23 mars, nouvelle crise post-prandiale, de vomissements alimentaires. Le médecin trouve alors une tumeur abdominale et dirige la malade à la Clinique André-Boursier.

Pendant les trois jours suivants, les douleurs diminuent progressivement; le 26, la malade se lève. Le 27, nouvelle crise de vomissements bilieux avec violentes douleurs en barre au creux épigastrique.

Le 28, douleur disparaît.

Le 29, nouvelle douleur epigastrique, mais sans vomissement.

Jamais de fièvre.

Depuis deux mois, la malade a maigri de 3 kilos.

A l'examen : tuméfaction abdominale dont le point le plus saillant se trouve au-dessous et à gauche de l'ombilic. L'épigastre et l'hyponchondre droit sont libres. Dans tout le reste de l'abdomen, on trouve une tumeur irrégulière, bosselée, paraissant fixe, mate dans toute son étendue, très dure dans la partie gauche et moyenne, speudo-fluctuante à droite; pas d'ascite cliniquement décelable.

Opération — Le 18 avril 1925 (Professeur Guyot). Dès le ventre ouvert il s'écoule une ascite non hématique et très peu abondante. Pas de signe de tuberculose viscérale, ni péritonéale. On agrandit l'incision et l'on tombe sur une tumeur, dure, bosselée, irrégulière, bloquant complètement le bassin. On arrive à l'extérioriser du petit bassin et à l'enlever en bloc sans la moindre difficulté. On aperçoit alors utérus et annexes droites, absolument saines.

Suites opératoires excellentes. Exeat le 9 mai 1925.

A la biopsie: cysto épithéliome à végétations à peu près essentiellement endokystiques. Sur certains points les cellules ont subi une dégénérescence carcinoïde.

Observation VI

(Personnelle, inédite)

Co-existence d'un cysto-épithéliome végétant de l'ovaire gauche et d'un kyste de l'ovaire droit. Ovoriotomie bilatérale. Mort. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Mme M. M.., 37 ans, entre à André-Boursier le 27 juin 1927 parce que son ventre a augmenté de volume et cela sans douleur.

Dans ses antécédents personnels et héréditaires on ne relève rien qui puisse nous intéresser.

Depuis trois mois, la malade constate que son ventre grossit. Aussi, quoique ses règles reviennent régulièrement, la malade pense être enceinte.

Bon état général.

Pas d'anorexie, mais amaigrissement.

Pollakyurie.

Pas de température.

Examen. — Seins, négatif.

Abdomen énorme, contrastant avec amaigrissement très marqué du reste du corps. Pas de vergetures. Hernie ombilicale. Pointe de hernie inguinale à la toux. Tendance à éventration entre les grands droits quand la malade s'assied.

A la palpation, abdomen rempli d'une masse de consistance irrégulière, très dure dans partie sus-pubienne gauche, masse mal délimitée et mate à la percussion. On trouve aussi tous les signes classiques d'une ascite abondante, non cloisonnée.

Au toucher, les culs-de-sac sont occupés par des masses de consistance molle, fluctuante, se continuant avec la tumeur abdominale sus-jacente.

Etant donné l'amaigrissement, l'ascite et les signes locaux, on porte le diagnostic de cysto-épithéliome végétant de l'ovaire.

Opération. — Ascite séro-sanguinolente. Le ventre ouvert on tombe à droite sur un gros kyste, lisse. A gauche, sur une masse végétante à contours irréguliers et très difficiles à délimiter. L'uretère gauche adhère intimement à la tumeur. On enlève ces deux tumeurs en totalité, après une opération très difficile. Mort le 11 juillet.

Biopsie : examen des végétations; histologiquement cysto-épithéliome végétant originaire de épithélium germinatif.

(Tumeur droite). Paroi kystique formée de tissu conjonctivo-vasculaire, caractéristique du bulbe ovarien étale et revêtue par tions cysto-épithéliomateuses.

Observation VII

(Personnelle, inédite)

Cysto-épithéliome végétant de l'ovaire droit. Ascite, Phlébite du membre inférieur gauche. Très mauvais état général. Inopérable. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Mme L..., 69 ans, entre le 27 avril 1928 dans le Service du Professeur Guyot pour tumeur abdominale douloureuse et phlébite du membre inférieur gauche.

En janvier 1928, à la suite d'une grippe, cette femme, jusque-là en parfaite santé, se plaint d'une asthénie complète. Elle commence à souffrir du ventre et s'aperçoit qu'il augmente de volume. Ces douleurs tout particulièrement superficielles siègent à la partie moyenne de l'abdomen, sans localisation spéciale ni irradiations. Elles reviennent par crises de durée variable (quelques minutes à quelques heures) de jour ou de nuit. Bon appétit; légère constipation.

Puis début février, outre l'augmentation progressive du volume du ventre, la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le fondement. De l'asthénie; perte progressive de l'appétit.

Le 25 avril en se levant, violente douleur à la racine du membre; œdème s'installe. Pas de température.

Examen. — Le 29 avril, malade affaiblie, répondant péniblement. t. 37° 2; pouls: 100; langue humide et rosée.

Abdomen d'un volume considérable (grossesse à terme).

Peau blafarde, circulation veineuse collatérale extrêmement développée. Sommet du ventre répond plus particulièrement à flanc droit.

Palpation indolente, révèle dans flanc et hypochondre gauche un gargouillement très net. Dans le reste de l'abdomen, on localise une tumeur volumineuse, de consistance inégale, avec par endroit une sensation de mastic; à d'autres, sensation de fluctuation, mais nulle part ne donne une sensation de dureté. Cette tumeur semble plongée dans le petit bassin à droite. La percussion révèle une ascite abondante, libre, avec une zone d'hypertympanisme correspondant à la zone de gargouillement à gauche. Au toucher: culs-de-sac, peu profonds, déformés par la masse abdominale qui bombe dans le vagin.

Enfin, on note une phlébite gauche ; non due à compression la tumeur était à droite.

Tension artérielle au Pachon : Mx = 21
Mn = 11
I = 4

Cœur : tachycardie, bruit de galop, tendance à l'égalisation des 2 silences.

Urée: 0 gr. 50 p. 1.000.

Etant donnée l'hypertension, le mauvais fonctionnement du cœur et la rétention urémique dans le sang, la malade est jugée inopérable. Exeat le 3 mai, dans un état tout à fait inquiétant.

Observation VIII

(Inédite, résumée)

Cysto-épithéliome de l'ovaire droit. Greffes péritonéales et intestinales. Inopérable. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Mme H... entre dans le Service de M. le Professeur Guyot le 12 août 1931 pour tumeur abdominale, probablement annexielle droite.

Ventre énorme, distendu. Ascite cliniquement décelable. Amaigrissement. Quelques troubles digestifs. Pas de douleurs.

Opération. — Dès le ventre ouvert, on évacue une ascite abondante non sanglante. Le péritoine pariétal est farci d'indurations blanchâtres à caractère néoplasique. On tombe sur une poche volumineuse, semée de fines granulations ; on la ponctionne au trocart de Kœbele. Il en sort un liquide abondant, chocolaté, non fétide ; on constate alors que la paroi kystique est fortement adhérente à l'intestin grêle et au sigmoïde qui sont eux aussi envahis par des greffes néoplasiques et indurés. On manupalise la poche, le kyste étant jugé inextirpable. On met un drain.

Suites: l'état général est très mauvais. La malade désirant rentrer chez elle, quitte le service, son état étant désespéré.

A la biopsie: kyste végétant de l'ovaire, à allure maligne.

Observation IX

(Personnelle, inédite)

Cysto-épithéliome bilatéral à forme très envahissante. Véritable cancer végétant du petit bassin. Greffes néoplasiques multiples. Inopérable. Mort. (Due à l'obligeance du Professeur Guyot).

Mme M... entre le 25 juin 1925 pour tumeur annexielle bila-

térale. Ventre énorme, étalé en batracien. Circulation veineuse collatérale. Pas d'œdème des membres inférieurs. Ascite abondante cliniquement décelable.

Amaigrissement, perte de l'appétit. Quelques troubles digestifs.

Le 27 juillet : opération par le Professeur Jeanneney. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur un bassin rempli de végétations masquant le corps utérin et les annexes. On constate alors une double tumeur ovarienne, semblant être un cysto-épithéliome végétant des ovaires. Ces tumeurs adhèrent intimement aux organes du petit bassin. Leur extirpation etant jugée impossible, on referme, après avoir fait une biopsie. Ascite abondante, non sanglante.

Biopsie. — Résultat : cysto-épithéliome végétant bilatéral, forme pluristratifiée, très envahissante. (Sabrazès).

Observation X

(Inédite, personnelle)

Cysto-épithéliome végétant bilatéral extrêmement envahissant. Greffes néoplasiques étouffant tous les organes pelviens. Péritoine truffé de masses néoplasiques. Inopérable. Mort (Clinique André-Boursier).

Mme B. R... entre parce que son ventre a pris progressivement un volume considérable et pour sensation de gêne dans le fondement.

Depuis quelques mois, amaigrissement notable, troubles digestifs, anorexie, diarrhée, suivie de périodes de constipation opiniâtre.

A l'examen, ventre énorme, signes d'ascite. Femme amaigrie. Asthéniée.

Opérée le 14 février 1925. On évacue ascite abondante (5 litres). Séreuse. On trouve un cysto-épithéliome des deux ovaires extrêmement envahissant. Le petit bassin est rempli de végétations bourgeonnantes qui tendent à gagner la grande cavité. Péritoine pelvien truffé de masses néoplasiques, blanchâtres, à forme de tâches de bougies. Les anses grêles sont distendues; le côlon est au contraire plutôt retréci. Cas jugé inopérable. Malade meurt 12 jours après de cachexie cancéreuse. hâtée par troubles digestifs.

Observation XI

(Observation résumée)

Kyste végétant de l'ovaire droit et appendicite (Jeanneney, Rosset-Bressand, « Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris », 1930, p. 632).

Il s'agit d'un cysto-épithéliome de l'ovaire, avec inflammation de l'appendice chez une jeune femme de 24 ans.

Crises appendiculaires fébriles ; on constate en même temps une tumeur arrondie, renittente, occupant l'hypogastre et remontant jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Laparotomie. Kyste ovarien tordu sur son pédicule avec appendice enflammé, œdémateux et adhérent à la face postérieure de la tumeur.

Ponction du kyste, appendicectomie retrograde laissant appendice adhérent au kyste ; ovariotomie droite. On ouvre le kyste, préalablement enlevé. Sur la face interne de sa paroi, on trouve un bouquet de végétations dont le centre de la surface d'implantation correspond au point d'accollement de l'appendice.

Résultat de la bropsie (Sabrazès): épithéliome papillaire végétant de l'ovaire.

Le Professeur Jeanneney se demande à propos de ce cas si l'appendicite agissant par irritation n'a pas été cause du développement et de la dégénérescence des végétations.

Pour le Professeur Guyot, l'adhérence de l'appendice au point d'implantation des végétations endokystiques serait une simple coincidence ; en effet, la tolérance des kystes de l'ovaire au voisinage des collections suppurées serait démontrée ; il cite un cas récent de pyosalpynx adhérent à un kyste de l'ovaire dont le contenu était resté normal et n'avait pas suppuré.

Observation XII

(Inédite, personnelle)

Métastase gastrique et colique d'un cysto-épithéliome de l'ovaire. Diagnostic pré-opératoire : péritonite tuberculeuse. Inopérable. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André. Professeurs: Chavannaz, Guyot).

Mme G. H..., 45 ans, entre dans le service pour péritonite tuberculeuse. Il y a deux mois environ, la malade est prise d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, puis, très rapidement, apparaissent des coliques à siège ombilical accompagnées de gargouillements et de diarrhée; les matières sont jaunes,

glaireuses et contiennent des débris alimentaires reconnaissables. Le ventre est augmenté de volume. La malade se sent très asthéniée et restreint volontairement sa nourriture pour éviter les coliques.

Amaigrissement considérable. Température: 38°.

La diarrhée (20 selles par jour au début), de même que les coliques ont disparu depuis un mois. Mais le ventre continue a augmenter de volume; l'état général décline.

Examen, le 12 juillet 1932 : abdomen distendu, globuleux. A la palpation profonde, sensation de résistance élastique, uniforme, pas de perception de placards péritonéaux. A la percussion, on trouve réunis tous les signes cliniques d'une ascite abondante, libre, mobile.

Au toucher, col abaissé; utérus imperceptible. Le liquide intrapéritonéal fait bomber le Douglas, sous l'inflence de la pression exercée par l'abdomen.

Intervention (Professeur Chavannaz). — Après laparotomie, on évacue une quantité importante d'ascite sanglante (5 litres environ). On découvre une tumeur de la grande courbure de l'estomas, avec envahissement du côlon transverse et du grand épiploon. On trouve également une tumeur ovarienne droite, végétante adhérente aux parois du petit bassin. On ne pratique pas la gastrectomie, l'état de la malade ne permettant pas une opération aussi longue et choquante.

Suites: ascite se reforme. Translatée le 28 août centre Bergonié.

Biopsie : de la tumeur stomacale. Cancer cylindrique végétant, vraisemblablement métastase d'un cysto-épithéliome végétant de l'ovaire.

Observation XIII

(Personnelle, inédite)

Kyste végétant de l'ovaire gauche, avec métastases vésicales intestinales, péritonéales et épiploïques. Inopérable. Mort. (Service de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André de MM. les Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme X..., 53 ans, entre le 12 décembre 1932 à Saint-André pour tumeur utérine.

Depuis deux mois, douleurs survenant par crises, localisées dans hypochondre et flanc gauche, mais n'obligeant pas la malade à s'arrêter dans ses occupations. Ménopausée depuis six ans. Pas de pertes.

Amaigrissement notable. Anorexie.

Examen : ventre volumineux, saillant. Signes d'ascite peu abondante, libre. A la palpation, on trouve une tumeur très dure occupant tout l'abdomen, remontant largement au-dessus de l'ombilic, de forme arrondie avec un prolongement plongeant dans la cavité pelvienne, côté gauche. L'ensemble de la tumeur se mobilise très difficilement.

Au toucher vaginal, col petit, plaqué contre la symphyse pubienne, ne se mobilisant pas avec la tumeur. Pas de signes de compression pelvienne, sinon compression stomacale par la tumeur, d'où vomissements fréquents.

Opération : ascite sanglante. Tumeur volumineuse de l'ovaire gauche, avec signes de malignité très accusés ; adhérente à la paroi antérieure du bassin et à la vessie qui est infiltrée de bourgeons néoplasiques. A gauche, la tumeur est relativement libre, mais à droite elle adhère intimement à plusieurs anses grêles. Des bourgeons néoplasiques ont infiltré le meso d'une de ses anses au niveau de son bord intestinal ; tumeur adhère en hout à l'épiploon ; étant donné les métastases vésicales, péritonéales, la tumeur est jugée inopérable. On ferme.

Suites : le lendemain, état général décline; le deuxième jour, mort.

Biopsie. — Les lésions sont celles d'une tumeur kystique épithéliale diffuse, d'allure tout à fait atypique avec nombreux groupes de nécrose. La diffusion en est extrême.

Observation XIV

(Inédite personnelle)

Cysto-épithéliome de l'ovaire droit. Castration. Le 16e jour, après opération, purpura hémorragique. Mort. (Service de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André, des Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme M. A.., 51 ans, entre le 27 mai 1933 à l'hôpital parce que son ventre a augmenté de volume et parce que son état général décline rapidement.

Peu ou pas de douleurs. Œdème malléolaire.

A l'examen, abdomen énorme ; type de batracien. Ascite.

Cul-de-sac droit bombé dans le vagin. On y sent une tumeur mollasse qui semble être distincte de l'utérus.

Intervention. — Après libération du fond utérin qui adhère au péritoine pelvien, on isole une tumeur du volume d'une tête de fœtus, irrégulière, bourgeonnante reliée à la trompe droite et semblant s'être développée aux dépens de l'ovaire droit.

Ovariotomie droite, puis hysterectomie subtotale complémentaire. Drainage vaginal. Fermeture en en trois plans.

Suites : le 16e jour, douleurs articulaires (petites articulations des doigts et des pieds); le lendemain, éruption purpurique (petechies) à localisation articulaire ; selles mélaniques ; très mauvais état général ; la malade n'accepte pas d'être translatée dans un service de médecine.

Exeat : la malade doit être considérée comme perdue. Mort quelques jours après.

Obervation XV

(Inédite, personnelle)

Co-existence d'un hydrosalpynx gauche et d'un cysto-epithéliome végétant de l'ovaire droit chez une diabétique. Ovariotomie bilatérale. Hystérectomie. Mort par troubles cardiaques. (Service de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André, de MM. les Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme P..., 54 ans, entre à l'hôpital le 30 mars 1932 pour rétention d'urine, dont le début remonte à une semaine et a nécessité plusieurs cathétérismes faits par le médecin traitant.

Cette malade est diabétique depuis dix ans.

Examen : ventre assez volumineux. Pas d'ascite cliniquement décelable.

Au toucher combiné au palper, col et corps utérin fortement repoussés en avant par une masse volumineuse qui emplit tout le petit bassin et bombe dans le Douglas ; cette masse est de consistance irrégulière, douloureuse à la palpation, immobile.

La malade a de la température (38°), expliquée d'ailleurs par une pyelonéphrite. Son état général est atteint.

Urines : albumine, 0 gr. 30; sucre, 19 gr. 50; acétone, 0,3.

Examen cyto-bactériologique : colibacilles nombreux, polynucléaire.

BW + + — urée sanguine, 0,23.

On fait à la malade 60 unités d'insuline. Sa glycosurie tombe à 0. On décide alors l'intervention.

Opération. — Hydrosalpynx à gauche. Cysto-épithéliome à droite. On enlève successivement les deux tumeurs ; on termise par une hystérectomie subtotale. Péritonisation.

Suites : d'abord excellentes. Puis le 12e jour, brusquement, pouls filant, angoisse. On fait de l'huile camphrée, caféine, strychnine. La crise s'arrête.

Le lendemain, nouvelle crise, qui se termine par la mort de la malade.

Observation XVI

(Résumée, inédite et personnelle)

Enorme cysto-épithéliome de l'ovaire gauche. Ovariotomie il y a quatre ans. Guérison durable sans doute définitive. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André, Professeurs Chavannaz, Guyot).

Mme M..., 30 ans, vient à l'hôpital en juillet 1931 parce que depuis quelques mois son ventre a grossi énormément.

Opération. — Gros cysto-épithéliome de 3 kilos 700. Ovariotomie gauche. Suites excellentes. Cette femme, revue en 1934, était alors en parfaite santé.

Observation XVII

(Résumée, inédite, personnelle)

Début de dégénérescence en cysto-épithéliome d'un kyste mucoïde. Ovariotomie. Guérison. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André, Professeurs Chavannaz, Guyot).

Mme G.., 46 ans, entre en novembre 1931 pour arrêt de règles depuis dix-huit mois. Amaigrissement, fatigue générale et augmentation du volume du ventre.

A l'examen, masse du volume d'une tête de nouveau-né dans le flanc gauche.

Cul-de-sac antérieur est repoussé dans le vagin par une grosseur qui se continue avec celle que l'on trouve à la palpation du bas-ventre.

Pas d'ascite.

Intervention (J. Chavannaz); volumineux kyste bleuté de l'ovaire gauche, adhérent par son pédicule à la partie terminale de l'intestin et à l'utérus. Petit kyste de l'ovaire droite. Pas d'ascite. Ovariotomie bilatérale.

Biopsie (Nadal). Kyste contenant sérosité banale ; à la section, masse polyvésiculaire avec liquide mucoïde ; l'épithélium recouvrant les parois du kyste commence à proliférer. Tendance à végétation. Début de dégénérescence en cysto-épithéliome d'un kyste mucoïde.

Observation XVIII

(Résumée, inédite, personnelle)

Généralisation péritonéale d'un cysto-épithéliome de l'ovaire. Ascite trouble. Ovariotomie. L'ascite se reproduit aussi-

tôt. (Service de clinique chirurgicale des Professeurs Chavannaz et Guyot). Mort.

Mme L.., 71 ans, vient le 1er juillet 1931, parce qu'elle a maigri de plusieurs kilos, qu'elle n'a pas d'appétit et que son ventre a grossi ces derniers mois.

Depuis 15 ans, elle souffre du ventre.

A l'examen : ventre énorme, ascite très abondante, peau blanchâtre, très tendue au point qu'il est difficile de sentir quelque chose à la palpation. Toucher très douloureux et impossible par suite d'un rétrécissement très marqué du vagin.

Opération : ascite libre, abondante, trouble.

Cysto-épithéliome de l'ovaire gauche, infiltration du grand épiploon qui adhère à la masse néoplasique, ovariotomie gauche.

Suites: bonnes, mais l'ascite se reproduit. Mort le 31 octobre 1931. La malade avait été dirigée sur l'Institut Bergonié, mais les lésions étaient trop avancées et la malade revient chez elle. Mort par occlusion intestinale après deux mois d'atroces souffrances.

Observation XIX

(Résumée, inédite, personnelle)

Récidive d'un cysto-épithéliome de l'ovaire, opéré 5 ans auparavant. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André. Professeurs Chavannaz, Guyot).

Mme B..., 35 ans, rentre dans le service du Professeur Chavannaz le 8 novembre 1928, envoyée par son médecin pour récidive probable d'un cysto-épithéliome de l'ovaire (hystérectomie subtotale) opéré le 19 novembre 1923, donc 5 ans auparavant.

La malade est restée guérie jusqu'en avril dernier. Dès lors, apparition de douleurs abdominales à forme de coliques, avec nausées et vomissements bilieux. Augmentation de volume du ventre, surtout accusée depuis 2 mois. Enfin, apparition d'une grosseur à la partie supérieure de l'abdomen, du volume d'une orange de consistance dure. Amaigrissement notable (10 kilos en six mois). Perte de l'appétit.

Examen : ventre énorme, ascite, masse dure du volume de deux utérus environ.

Opération : on tombe sur une tumeur végétante, récidive d'un cysto-épithéliome de l'ovaire, enlevé il y a 5 ans. Ascite séreuse abondante: 5 à 6 litres.

Observation XX

(Résumée, personnelle, inédite)

Enorme cysto-épithéliome de l'ovaire de 13 kilos. Ovariotomie. Mort par infarctus des veines mésentériques, dû probablement à décompression brusque par ablation de cette énorme tumeur. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André. Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme L.., 54 ans, entre à l'hôpital le 10 mars 1928. Le début de la maladie remonterait à 8 ans. En 1920, le ventre de la malade ayant augmenté de volume, on aurait diagnostiqué un fibrome de l'utérus traité par le Professeur Bergonié. Celui-ci ayant découvert une masse annexielle envoie la malade dans le service du Professeur Villar, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et propose l'intervention. La malade la refuse et quitte le service. Depuis, elle n'a plus vu aucun médecin.

Entre dans le service du Professeur Chavannaz.

A l'opération, on trouve une ascite abondante et un énorme cysto-épithéliome de l'ovaire. Ovariotomie. Le 6e jour, après l'intervention, infarctus des veines mésentériques et mort.

Cet infarctus peut être mis sur le compte d'une décompression brusque produite par ablation d'un kyste énorme (13 kilos dans le cas présent).

Observation XXI

(Résumée, inédite, personnelle)

Cysto-épithéliome avec métastase utérine. Extirpation partielle de la tumeur suivie de phlébite de jambe gauche, puis droite. Etat général désespéré. Mort probable. (Service de clinique chirurgicale des Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme B.., 51 ans. Depuis 3 ans, la malade a constaté la présence d'une grosseur dans son abdomen. Essouflement. Œdème des membres inférieurs. Petite crise de sub-occlusion.

Ménopausée depuis 14 ans.

A l'examen : abdomen saillant, circulation veineuse collatérale ; pas d'ascite; amaigrissement notable ; pas de température.

Opération : pas d'ascite ; on ponctionne la masse kystique ; il s'en écoule un liquide jaunâtre café au lait. Le kyste adhère au côlon et à l'utérus. La séparation n'en est pas possible. Sur

l'utérus, on constate la présence de quelques greffes néoplasiques, rouges, bourgeonnantes.

Ablation de la plus grosse partie de la tumeur. Marsupialisation ; drainage.

Suites : le 8e jour, phlébite du membre inférieur gauche ; le 10e jour, phlébite droite.

Etat général très mauvais.

Quitte le service sur sa demande. Etat désespéré.

Observation XXII

(Résumée, personnelle, inédite)

Cysto-épithéliome bilatéral des ovaires, contenant des masses ossifiées. Contenu du kyste paraît avoir suppuré. Castration utéro-ovarienne. Guérison. (Service des Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme C..., 63 ans, entre le 6 avril 1928 pour tumeur abdominale et amaigrissement.

Début il y a 23 ans. (?) La sage-femme, lors d'un accouchement, aurait découvert une tumeur pelvienne droite et aurait engagé la malade à se faire opérer. Ménopausée à 52 ans.

Il y a six mois, augmentation rapide du volume du ventre: fatigue extrême ; dyspnée.

Opération : ascite abondante séreuse, évacuée à l'aspirateur. A droite kyste gros comme une tête de fœtus, à aspect blanchâtre. L'ovaire gauche a lui aussi subi la dégénérescence kystique. Castration utéro-ovarienne. Suites excellentes.

Biopsie : cysto-épithéliome des 2 ovaires avec parties ossifiées. Contenu du kyste paraît avoir suppuré.

Observation XXIII

(Résumée, inédite, personnelle)

Cancer végétant de tout le petit bassin, avec à l'origine un cysto-épithéliome de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Mort. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André des Professeurs Chavannaz et Guyot).

Mme J.., 45 ans, entre le 14 avril 1928 parce que, depuis trois ans, son ventre grossit et qu'elle a maigri ; de plus, ménorrhagies ; ces derniers mois, elle a eu d'abord une phlébite de la jambe gauche puis une phlébite en fer à cheval.

A l'examen : masse paramédiane gauche plongeant dans le petit bassin ; ascite.

Cœur : pouls, 120. Bruit de galop.

Opération : liquide ascitique hématique, très abondant.

On trouve un kyste végétant de l'ovaire gauche, très adhérent à l'utérus et au sigmoïde. Granulations néoplasiques sur tout le pourtour du petit bassin, sur l'utérus et les annexes de l'autre côté, qui forment un bloc très adhérent.

Ablation de la tumeur; drainage.

Biopsie : kyste proligéré de l'ovaire gauche.

Suites : décédée le lendemain au cours d'une crise cardiaque.

Observation XXIV

(Résumée, personnelle, inédite)

Gros cysto-épithéliome végétant de l'ovaire suppuré. Ovariotomie. Guérison. (Service de Clinique chirurgicale des Professeurs Guyot et Chavannaz).

Mme M..., 32 ans, employée des T.E.O.B., entre le 8 mai 1928, envoyée par son médecin pour tumeur maligne de l'ovaire.

Le début remonterait à un an : métrorrhagies. Trois mois après, augmentation du volume du ventre ; amaigrissement marqué ; vomissements.

A l'examen: abdomen volumineux, ascite, masse abdominale de consistance ferme, phénomène du glaçon.

Opération : présence de liquide sanglant, abondant. La masse cysto-épithéliale de l'ovaire est reliée à la trompe par un pédicule très étroit. Ovariotomie et hystérectomie subtotale. Péritonisation.

Exeat : guérie.

Biopsie: masse volumineuse, végétante, contenu colloïde, liquide citrin. Poids de la tumeur: 5 kilos. Ascite sanglante; à la coupe, il existe des noyaux d'aspect purulent.

A l'examen microscopique : très nombreux polynucléaires en cytolyse très avancée. Présence d'hématies; pas de microbes à l'examen direct.

Observation XXV

(Personnelle, inédite)

Adénopathie néoplasique inguinale droite, métastase ganglionnaire d'une carcinose pelvienne et abdominale, secondaire à un kyste végétant de l'ovaire. Inopérable. Traitement radiothérapique. (Service de clinique chirurgicale de Saint-André. Professeurs Chavannaz, Guyot).

Mme C.., 65 ans, entre, le 10 juin 1928, pour une tuméfaction de la région inguinale droite qui a ulcéré la peau. Cette tumé-

faction existe depuis 5 mois. La malade se plaint aussi de troubles abdominaux vagues, à type de coliques, de diarrhée. Il y une semaine, apparition d'une phlébite de la jambe droite.

Examen : la partie inférieure de l'abdomen est occupée par une masse dure à direction transversale, mate à la pression, ayant son origine dans la fosse iliaque droite, mais plongeant dans le petit bassin. Il ne semble pas y avoir d'ascite appréciable cliniquement.

Au toucher rectal, le doigt est arrêté par une masse dure, obstruant l'orifice. Cette tumeur est en continuité avec celle du bas-ventre. La muqueuse rectale glisse sur la tumeur et n'est pas intéressée; donc ce n'est pas un néoplasme du rectum.

Au toucher vaginal, épaississement de la cloison recto-vaginale ; vagin atrésié. Dans le cul-de-sac droit, on sent la tumeur qui bombe dans le vagin.

Transéatée sans intervention dans le service du Professeur Réchou, pour traitement radiothérapique.

Observation XXVI

(Résumée, personnelle, inédite)

Cysto-épithéliome de l'ovaire gauche, à végétations purement intra-kystiques, tordu sur son pédicule. Ovariotomie. Guérison. (*Service de clinique chirurgicale des Professeurs Guyot et Chavannaz*).

M^me^ H.., 32 ans, entre le 12 juin 1928, envoyée d'urgence par le docteur Benz, de Lormont, pour une douleur brusque, violente, apparue vers le milieu de la nuit, douleurs abdominale siégeant dans fosse iliaque gauche s'irradiant vers la racine des membres inférieurs. Cette douleur, apparue le 9 juin, persiste et s'exacerbe les 10 et 11 juin.

Pas d'augmentation de volume de l'abdomen.

Déjà, dès 1926, cette malade a commencé à ressentir des douleurs pelviennes à irradiations lombaires.

A l'examen : grosse masse abdominale, arrondie, régulière, fluctuante ; l'examen est douloureux.

Intervention : kyste de l'ovaire droit gros comme une tête de fœtus à terme, à pédicule tordu ; trois tours de spire ; section du pédicule ; on enlève le kyste.

Exeat le 3 juillet : guérie.

Biopsie : cysto-épithéliome de l'ovaire à végétations purement intra-kystiques.

*
* *

Observation

(Inédite)

Cysto-épithéliome végétant de l'ovaire droit. Greffes épiploïques, péritonéales et intestinales ; extirpation partielle de la tumeur. Guérison. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin).

Mme G.., 59 ans, entre le 11 septembre 1933 dans le service du Professeur Bégouin pour une tumeur abdominale avec ascite.

Début, 6 mois auparavant, par violentes douleurs à type de coliques, s'irradiant de droite à gauche dans le bas-ventre. Les crises durent une quinzaine de jours et sont séparées par des périodes de calme ; elles sont suivies de débacles diarrhéiques importantes.

Examen : ventre énorme, ascite, pollakiurie.

On sent dans la fosse iliaque droite une masse du volume d'une tête d'enfant. Culs-de-sac vaginaux sont repoussés dans le vagin par l'ascite.

Opération. — 5 litres d'ascite séreuse sont évacués. La tumeur adhère à l'épiploon qui est complètement infiltré ; on l'enlève jusqu'au bord mésentérique dans sa plus grande partie. Ovariotomie droite. On laisse seulement quelques végétations adhérentes aux parois du pelvis et aux anses grêles.

Exeat : guérie.

Observation XXVII

(Résumée, inédite, personnelle)

Cysto-épithéliome avec essaimation au niveau du vagin ; pas d'ascite. Ovariotomie bilatérale. Guérison. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin).

Mme J..., 65 ans, entre le 1er novembre 1933 dans le service du Professeur Bégouin, parce que son ventre ne cesse de grossir depuis 13 ans et qu'elle souffre.

Depuis trois mois, ces signes se sont accentués.

Bon état général ; pas d'amaigrissement ; pas d'anorexie.

Examen : pas d'ascite. Au toucher vaginal, on trouve une masse dure, fixée, irrégulière, occupant culs-de-sac gauche et postérieur. Quelques nodosités essaiment paroi vaginale postérieure et cul-de-sac droit.

Opération : ovariotomie bilatérale. Pas de greffes péritonéa-

les ; pas d'ascite ; suites normales. Guérison. La malade a été revue le 14 novembre 1934. La guérison se maintient, mais on note un peu d'ascite.

Biopsie : cysto-épithéliome de l'ovaire avec petites productions végétantes. Pas de polystratification. Muciparité. Pas de mitoses.

Observation XXVIII

(Inédite, personnelle)

Cysto-épithéliome de l'ovaire et néo du col utérin. Ovariotomie. Pas d'hystérectomie. Mort. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin).

Mme S..., 70 ans, entre le 11 juin 1934 parce qu'elle perd du sang par le vagin depuis un an. Depuis un mois, sensation continuelle de pesanteur dans le fondement avec pollakiurie, fréquents envies d'aller à la selle et diarrhée. Amaigrissement marqué.

Examen : ventre volumineux. Au toucher vaginal, vagin occupé déjà par une masse irrégulière, volumineuse, dure, en grappe, ramollie et ulcérée, semblant se développer aux dépens du col tout entier dont on ne trouve pas l'ouverture.

Opération : cysto-épithéliome de l'ovaire gauche adhérent au sigmoïde et au mesocôlon. Ablation partielle de la tumeur; on laisse des adhérences tumorales aux ligaments larges ; étant donné l'état général précaire de la malade, on renonce à pratiquer l'hystérectomie.

Suites : 2 mois après, mort par cachexie néoplasique.

Biopsie de l'utérus : épithéliome baso-cellulaire. Mitoses peu nombreuses. On a plutôt l'impression d'une tumeur d'origine utérine.

Biopsie de la tumeur ovarienne : cysto-épithéliome végétant.

Donc, il y a seulement coïncidence de ces deux tumeurs qui semblent être d'origine différente.

Observation XXIX

Tumeur papillaire de l'ovaire et métastase ombilicale. Estor, Aimes et Villa (« *Bulletin Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier* », 1924, *p.* 408).

Mme A. B..., 29 ans, entre à l'hôpital pour augmentation énorme du volume du ventre et troubles digestifs : constipation opiniâtre, troubles de la défécation.

L'ombilic est le siège d'une petite tumeur verruqueuse ayant la dimension d'une grosse fraise. Ventre étalé. Pas de circulation veineuse complémentaire. Tumeur ombilicale paraît libre, non adhérente aux viscères profonds. Ascite abondante, mobile, non cloisonnée. A la palpation profonde, un examen attentif décèle une masse dure, fixée occupant région médiane et flanc gauche.

Au toucher vaginal, dans les culs-de-sac gauche et postérieur, présence d'une masse dure, irrégulière, fixée ; il est impossible de démarquer la ligne de séparation entre l'utérus et l'ovaire droit.

Au toucher rectal, on constate un retrécissement de la lumière intestinale, la tumeur bombant dans le rectum. Légère oligurie.

Opération : rachi-anesthésie. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur une tumeur blanchâtre, très dure, inextirpable. On vide ascite séreuse. L'ombilic est libre, non adhérent à la masse néoplasique ; on fait l'omphalectomie ; on pratique une biopsie en plein centre de la tumeur ovarienne. Suites opératoires excellentes.

Biopsie : 1° de l'ovaire; paroi conjonctive très dense: l'intérieur est criblé de géodes formées de tractus partant des parois. Dans ces cavités, présence de cellules épithéliales en travées arborescentes et groupées autour d'un axe conjonctivo-élastique. Donc, tumeur végétante papillaire de l'ovaire avec infiltration calcaire qui envahit toutes ces géodes et comprime cellules néoplasiques qui dégénèrent et tendent à disparaître complètement.

2° De la tumeur ombilicale. Même structure. Infiltration calcaire. Donc métastase ombilicale d'une cysto-épithéliome de l'ovaire.

Les auteurs insistent sur ce fait que, très souvent, la métastase ombilicale « signe ombilical » de Lejars, serait comme l'adénopathie sus claviculaire de Trousseau le signal d'une tumeur abdominale profonde latente, non décelable cliniquement. Cette métastase se ferait par voie sanguine.

Observation XXX

(Résumée)

Torsion d'un kyste végétant de l'ovaire, avec manifestations d'occlusion intestinale et anurie. Ovariotomie. Guérison. (*Godlewski*, « *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* », *Paris*, 1926, *p.* 72).

Mme L.., 52 ans, demande une consultation parce que depuis

deux jours elle ressent des douleurs assez violentes, généralisées à tout l'abdomen.

Son ventre s'est ballonné peu à peu. La malade se couche.

Le docteur, appelé, constate l'existence de signes d'occlusion intestinale incomplète d'abord, puis complète : vomissements verts, puis porracés.

Plus de gaz depuis 24 heures. Pouls à 125.

Etat général encore bon.

Depuis 48 heures, la malade n'a pas uriné.

Ventre tendu, très arrondi. On sent anses intestinales distendues qui empêchent toute palpation profonde. Point douloureux tenace sous l'ombilic et sous les deux seins.

Sondage de vessie n'amène que quelques gouttes d'urine. Au toucher vaginal, dans cul-de-sac droit, sensation de masse profonde, vraisemblablement annexielle.

Glace sur le ventre ; injection d'urotropine.

Le lendemain, malade transportée à la clinique.

Depuis la veille encore deux vomissements porracés et pas une goutte d'urine.

A peine transportée dans son lit, elle ressent une vive douleur avec, comme résultat immédiat, l'émission de gaz et d'urine.

Dans les heures qui suivent les phénomènes d'occlusion disparaissent assez rapidement ; émission abondante d'urine.

Deux jours après, on fait le diagnostic de cysto-épithéliome de l'ovaire, cause probable de ces accidents d'occlusion.

La laparotomie montre, en effet, un gros kyste du volume d'une tête d'adulte, tordu sur son pédicule, mobile, non adhérent à l'intestin, à caractère de cysto-épithéliome végétant de l'ovaire ; d'ailleurs vérifié à la biopsie.

Guérison.

Pour le Professeur de Rouville, on pourrait attribuer la disparition soudaine des signes d'occlusion, vraisemblablement produits par la torsion du pédicule kystique, au transfert de la malade et aux changements de position qu'a entraîné ce transport (analogue à ce qui se produit dans la position de Schniklé).

Observation XXXI

(Résumée)

Kyste végétant mucoïde de l'ovaire marsupialisé. Prolifération secondaire. Extirpation complète. Guérison. (*Godlewski, id., p.* 403).

M^lle P. D.., 15 ans, entre à la clinique en 1922 pour tumeur abdominale. Depuis trois mois, augmentation du volume du

ventre. Amaigrissement prodigieux : 20 kilos. Etat cachectique, subfébrile, anorexie, phénomènes de compression intra-abdominale et thoracique.

Urines rares. Pouls: 110.

Le surlendemain de son entrée, douleur abdominale violente suivie de vomissements porracés.

Laparotomie montrant kyste rompu dans cavité péritonéale inondée d'un liquide visqueux, chocolaté.

On nettoie la cavité ,on enlève le kyste qui adhère très intimement au côlon transverse, angle colique droit, vessie et au sigmoïde.

Pour rendre plus courte et moins choquante l'opération, on marsupialise ce qui reste.

Un mois après, il reste une fistule simple laissant s'écouler liquide clair, très visqueux. L'état général s'améliore.

En 1923, un an après, malade revue ; état général satisfaisant.

En 1924, soit dix-neuf mois après l'intervention, malade revient, son ventre recommençant à grossir. Fistule toujours ouverte.

On trouve alors tumeur abdominale dépassant l'ombilic.

Le Professeur Tédenat consulté porte le diagnostic de cysto-épithéliome végétant de l'ovaire et conseille d'intervenir.

Opération : on ferme fistule ; on extirpe le kyste totalement guérison.

Examen anatomo-pathologique: tumeur à prolifération intense présentant 5 poches les unes pleines de liquide mucoïde, les autres remplies de ces végétations caractéristiques d'un cysto-épithéliome végétant à prolifération intense.

Cette observation est un nouveau cas de récidive de ces kystes végétants, incomplètement enlevés.

Observation XXXII

(Résumée)

Cysto-épithéliome bilatéral, opéré avec succès 7 ans après l'établissement du diagnostic, après échec de 2 laparotomies exploratrices. Malade ayant subi 50 ponctions. Guérison. (*Loubat*, « *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux* », 1925, *XLVI*, *p.* 572).

Mme A.., 38 ans. En 1918, son abdomen ayant augmenté de volume depuis quelques mois, la malade va trouver un chirurgien. Celui-ci, pensant à une péritonite bacillaire, pratique une laparotomie . Il tombe sur une tumeur pelvienne avec végéta-

tions intra-péritonéales. Il referme, après avoir prélevé un bourgeon pour biopsie (résultat cysto-épihéliome de l'ovaire). Pronostic porté très sombre.

En 1919, l'ascite s'est refermée, première ponction. Le liquide se reproduit assez lentement ; tous les 4 ou 5 mois, il faut néanmoins ponctionner.

En 1920, nouvelle intervention par un autre chirurgien. Seconde laparotomie exploratrice ; tumeur paraissant trop adhérente pour être enlevée, on referme.

Dès lors, tumeur augmente de volume; l'ascite se reproduit régulièrement et nécessite des ponctions de plus en plus rapprochées.

De 1920 à avril 1925, on pratique 50 ponctions de 10 à 12 litres de liquide citrin chacune. Parfois ce liquide est légèrement hématique. Donc, en tout, 600 litres de liquide ont été retirés. Il s'ensuit amaigrissement, pâleurs, anorexie.

En avril 1925, malade va voir le Professeur Loubat. Aspect cachectique, un ventre énorme ; ascite libre, abondante. A la palpation, on trouve 2 tumeurs : à gauche, grosse comme une tête d'adulte, régulière, dure, occupant toute la fosse iliaque et hypogastrique, fixée sur le bassin; à droite, tumeur aussi volumineuse, mais mobilisable dans le sens transversal.

Opération le 10 *avril* 1925 (Professeur Loubat): évacuation d'une ascite rosée, abondante. Péritoine épaissi, lardacé, blanchâtre. A droite, volumineuse tumeur couverte de végétations rosées, adhérente à la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

A gauche, tumeur régulière lisse, paraissant être un kyste de l'ovaire, inclus dans les ligaments larges.

Les organes du bassin, difficiles à reconnaître, sont noyés dans un péritoine épaissi.

On arrive, après un intervention très laborieuse, à extirper complètement les 2 tumeurs. Suites opératoires parfaites. La guérison s'est maintenue les mois suivants, après quoi la malade a été perdue de vue.

Examen anatomo-pathologique des tumeurs : cysto-épithéliome de l'ovaire à tendance squirrheuse. Malignité modérée.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre que les conditions d'opérabilité d'une tumeur peuvent devenir plus favorables après une ou plusieurs laparotomies exploratrices. Elle nous montre aussi l'évolution parfois très lente de ces tumeurs.

CONCLUSIONS

I. Les cysto-épithéliomes de l'ovaire sont des tumeurs épithéliales à point de départ kystique. La présence de végétations — endo ou exokystiques — donne une individualité propre à ces néoplasmes ; ceux-ci manifestent leur présence par une tumeur, de l'ascite, de la propagation de proche en proche ou par des métastases à distance.

II. Le maximum de fréquence des cysto-épithéliomes est entre 45 et 60 ans.

III. Amaigrissement progressif et prononcé, augmentation de volume du vente avec ascite et signes de tumeur d'origine annexielle doivent toujours, chez une femme n'ayant ni cirrhose hépatique, ni suspecte d'imprégantion tuberculeuse, faire penser à un cysto-épithéliome de l'ovaire. L'évolution de ces néoplasmes, d'abord lente, semble subir un coup de fouet dès le moment où les végétations envahissent le péritoine. Le pronostic est toujours sombre, néanmoins il convient de faire quelques réserves.

IV. L'intervention chirurgicale précoce est le traitement de choix et permet des survies très prolongées, sinon des guérisons définitives. Le traitement radiumthérapique postopératoire parfait le traitement chirurgical et permet souvent de sauver des malades chez qui on n'avait pu faire qu'une exérèse partielle de la tumeur.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

CARTY. — Histogénèse et tendance à la bilatéralité des kystes ovariens papillaires (*Surgery Gny. et Obst.*, n° 2, février 1932).

DEGARDIN. — Kystes végétants de l'ovaire (Th., Paris, 1900-1901).

DOUAY. — Traitement des kystes végétants de l'ovaire par radiumthérapie intra-abdominale (*Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 12 juin 1933).

ESTOR, AIMES, VILLA. — Tumeur papillaire de l'ovaire et métastase ombilicale. (*Bull. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 1924, V, p. 408).

FLAISCHLEN. — Dégénérescence maligne des kystes ovariens. (*In Berlin Klin. Woch.*, 6 février 1882, n° 26, p. 92).

GODLEWSKI. — Kyste végétant mucoïde marsupialisé, prolifération secondaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1925, p. 403).

— Torsion d'un cysto-épithéliome avec manifestation d'occlusion intestinale et anurie. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1926, p. 72).

GOSSET et WALLON. — Kystes végétants de l'ovaire traités par radium-chirurgie. (*Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 4 juillet 1932. *Gynécologie*, oct. 1932).

GRUNDELACH. — De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariennes. (Th., Paris, 1886-87).

GUSSEROW. — Dégénérescence papillomateuse des 2 ovaires. (*Virchow's Arch.* 1866).

GUYOT. — Sur un cas de tumeur kystique de l'ovaire droit. (*Jour. Méd. Bordeaux*, n° 5, février 1929, p. 149).

GUYOT et COURRIADES. — Cysto-épithéliome de l'ovaire. (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 28 février 1932).

JEANNENEY et ROSSET-BRESSAN. — Kyste végétant de l'ovaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1930, p. 632).

LŒHLEIN. — Dégénérescence maligne d'un kyste papillaire de l'ovaire. (*In Berlin Klin. Woch.*, 5 déc. 1881, n° 49, p. 420).

LOUBAT. — Cysto-épithéliome de l'ovaire ascitogène et à évolution lente, opération radicale. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. Bordeaux*, 1925, XLVI, p. 572).

MOULONGUET et LECÈNE. — *Diagnostic anatomo-clinique*, p. 224-26.

PFANNESTIEL. — *Arch. of Gyn.*, 1895, t. XLVIII.

POUPINEL. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. (Th., Paris, 1886).

— Remarques sur l'anatomie pathol. et pronostic des kystes végétants de l'ovaire. (Th., Paris, 1887).

POZZI-BENDER. — (*Rev. Gyn. et Chir. Hebd.*, 1912).

QUENU. — Tumeurs végétantes des 2 ovaires. (*Rev. Chir.*, 10 avril 1886, t. VI, p. 265).

SEBILEAU. — Ascite dans les tumeurs de l'appareil génital utérin de la femme. (Th., Paris, 1881, p. 8).

TÉDENAT. — Du régime de développement des kystes de l'ovaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1926, p. 503).

— Conférences cliniques sur les maladies de l'appareil génital de la femme.

— Kystes à l'ovaire opérés aux deux extrêmes de la vie génitale. (*Soc. Méd. et Chir.*, n° 2093, 15 mars 1929).

TEITGEN. — Pronostic des cysto-épithéliomes de l'ovaire: (Th., Bordeaux, 1932-33).

TERRILLON. — Pathogénie de l'ascite dans les kystes végétants de l'ovaire. (*Bull. Soc. Chir.*, 1885, p. 751).

TOURNEUX. — Kyste dégénéré de l'ovaire bloquant le petit bassin. (*Soc. Obst. et Gyn. Toulouse*, 18 nov. 1925).

VILLARD et MURAND. — Kyste dégénéré double. Ablation 8 ans après récidive de la tumeur dans les ganglions du cou. (*Lyon Médical*, 1912, CXVIII, p. 1392).

WACQUEZ. — Tumeurs végétantes de l'ovaire. (Th., Paris, 1889-90).

BORDEAUX. — Imp. J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1934.